

京丹波町高校生等医療費支給申請書

高 校 生 等	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名					
申 請 内 容	療養期間	年 月 日から		年 月 日まで		
	医療保険からの付加給付の有無			有 ・ 無		
	学校の管理下での負傷か			はい ・ いいえ		
	医療に要した費用	円	添付する領収書枚数 (氏名・日付・保険点 数の分かるもの)	枚		
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>京丹波町長 様</p> <p>住 所</p> <p>保 護 者 名 (振込先口座名義人と同一にしてください)</p> <p>電 話 番 号</p>						

- 1 登録届出内容と変更がある場合、変更届の提出が必要です。
- 2 療養費・高額療養費・付加給付金支給証明書は保険者に証明を受けてください。